1921

AUSZUG

aus

Darſtellung und Prüfung der neueren Vorſchläge zur Abänderung der klaſſiſchen Operationsverfahren der Leiſtenbrüche

Inaugural-Diſſertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Hohen Mediziniſchen Fakultät der vereinigten Friedrichs-Univerſität Halle-Wittenberg

vorgelegt im April 1921

von

ERNST WALTHER KOCH aus HALLE A. D. SAALE.

Die vorklassischen Methoden

Wood, Czerny, Championnière zeitigten nur bescheidene Resultate. So werden nach Czerny 71,6 % Dauerheilungen angegeben. Bruchbänder waren auch nach der Operation stets weiter nötig.

Die klassischen Methoden

— Kocher und Bassini — sind allgemein bekannt.

I. **Kocher** a) Invaginationsverlagerung, b) laterale Verlagerung. Beide Methoden sind weniger verbreitet und haben nur eine beschränkte Indikationsstellung.

II. **Bassini** Allgemeine Verwendbarkeit wird heute von den meisten Chirurgen in ursprünglicher oder variierter Form ausgeführt. Wesentliche Punkte: Externusspaltung, Isolierung, Torquierung, hohe Abtragung, Internusnaht, Samenstrangverlagerung. Externusnaht.

Resultate: Günstigstenfalls 4,5 % R; bei Kochers Invaginationsverlagerung sogar nur 2,3 % R (beschränkte Anwendbarkeit!)

Die Abänderungsvorschläge

I. **Zur Externusspaltung** Sie wird an sich allgemein beibehalten. Wölfler, Girard u. a. geben veränderte Schnittführung an, um einen breiteren, lateralen Lappen für die spätere Aponeurosendoppelung zu erhalten.

II. **Zur Bruchsackversorgung** Bassiniversorgung wird auch hier im allgemeinen beibehalten. — Hackenbruch schreibt eine Tabaksbeutelnaht vor. — Den Stumpf läßt man meist zurückgleiten. — Hackenbruch empfiehlt seine Verlagerung im Sinne Kochers. — Thöle und Michael führen eine ausgesprochene Kombination von Bassini und Kocher aus. — Das periphere Ende beläßt Höpfle im Scrotum. Lameris legt Wert auf eine starke Torquierung des Bruchsackes vor seiner Abtragung, damit sei alles wesentlich für die Beseitigung eines indirekten Bruches getan. — Lorthior bei Kindern einfache Durchschneidung ohne Versorgung.

III. **Zur Internusnaht** Sie wird von einer großen Anzahl von Chirurgen unterlassen. Entgegengesetzte Auffassung über Wert von Muskelnähten. Viele verwenden ausschließlich Fascien für Nähte. Brenner nutzt den Kremaster voll aus und näht ihn als Muskelplatte zwischen Internus und Poupart'sches Band. Torek läßt Vas deferens und Vasa spermatica an verschiedenen Stellen durch Internusnaht treten.

IV. **Zur Externusnaht** Verbreitete Variation ist die Aponeurosendoppelung. Die Lagerung der Lappen wird durchaus verschieden ausgeführt. Auch darüber, ob die Aponeurose straff oder locker genäht werden soll, gehen die Ansichten auseinander.

V. Zur Verlagerung des Samenſtranges Nur einzelne verlagern ihn wie Baſſini. Hackenbruch umſcheidet ihn durch ſeine beiden Aponeuroſenlappen. Dreesmann und Kleinſchmidt verlagern ihn ſubkutan; andere laſſen ihn unverlagert unter dem Internus. (Wölfler Girard). Drüner verſchließt wieder ſorgfältig den Schlitz in der Tunica vaginalis communis. Torek dagegen ſplittert den Samenſtrang vorſätzlich auf und läßt ſeine Gebilde getrennt durch die Internusnaht treten. Über die zu erſtrebende Richtung des neuen Leiſtenkanals herrſcht keinerlei Einheitlichkeit. Einige wollen möglichſt normale Verhältniſſe wieder herſtellen; andere vermeiden dies mit beſonderer Betonung.

VI. Plaſtiken und Transplantationen Zur Verſtärkung und Sicherung der Bruchpforte verwenden Zeſas, König und Henſchen Perioſtlappen aus der Tibia, Bibergeil Oberſchenkelfascie, Dreesmann Rectus- und Pectineusfascie. Seitz führt eine Stielplaſtik des peripheren Bruchſacks aus und Ehler gibt eine myoplaſtiſche Sicherungsoperation unter Verwendung von Transverſusmuskulatur an.

VII. Nahtmaterial Katgut oder Seide, ganz vereinzelt auch Metallnähte (Spartali, Hofmann).

VIII. Anäſtheſie Allgemein üblich iſt Lokalanäſtheſie nach Braun (modifiziert von Härtel).

IX. Die Erfolge der einzelnen Operateure Syſtematiſche Nachunterſuchungen fehlen meiſt. Brenner berichtet von 4500 Fällen mit 5 % R. Dabei ſind ausſchließlich Prozentangaben mißdeutungsfähig. Exakte Angaben macht Drüner, der günſtigen Falles (bezogen auf die Zahl der Operierten) von 1 %, ungünſtigen Falles (bezogen auf die Zahl der Nachunterſuchten) von 4 % R ſpricht. Die ausführlichſte Statiſtik bringt Laméris. **Aus ihr geht die überragende Bedeutung der hohen Abtragung nach vorheriger ſtarker Torquierung und die relative Bedeutungsloſigkeit weiterer Maßnahmen, ſpeziell der Radikalnaht für indirekte Brüche (=Hauptteil aller Leiſtenbrüche) mit aller Deutlichkeit hervor.** Lorthior hat mit einfacher Durchſchneidung ohne weitere Verſorgung 1300 Kinder operiert, ohne ein Rezidiv zu bekommen.

Schlußfolgerungen

Bei den zum Teil geradezu diametral ſich gegenüberſtehenden Auffaſſungen der einzelnen Chirurgen, ſowohl über den Wert der Internusnaht, als über die Berechtigung irgendwelcher Verlagerung des Samenſtrangs, als auch über Richtung und Weite des neuen Leiſtenkanals und letzten Endes über die Notwendigkeit einer Straffung, Doppelung oder ſonſtigen Verſtärkung der Externusaponeuroſe, kann man ſich dem Eindruck nicht verſchließen, daß allen dieſen Dingen nur eine untergeordnete Bedeutung beizumeſſen iſt. Daß das weſentliche der Leiſtenbruchoperation tatſächlich in der hohen und trichterloſen Abtragung des Bruchſackes ſelbſt liegt, und daß dabei im Sinne Laméris auf die ſtarke Torſion des Bruchſacks vor ſeiner Abtragung beſonderer Wert zu legen iſt. Weitere Maßnahmen ſind bei indirekten Brüchen nicht notwendig. Stärkere Differenzen in den Dauerfolgen der einzelnen Operateure dürften in der Hauptſache nicht auf Ergänzungsoperationen irgendwelcher Art, ſondern auf die mehr oder minder vollendete allgemeine chirurgiſche Technik der Betreffenden zurückzuführen ſein. — Bei Kindern genügt ſogar eine einfache Durchſchneidung ohne jede weitere Verſorgung. — Sicherungsmaßnahmen ſind nur bei direkten und ſehr großen Brüchen vorzunehmen.

Material

Es wurden von mir bei 52 von Prof. Härtel im Laufe der letzten 8 Jahre im wesentlichen nach Bassini operierten Leistenbrüchen Nachforschungen angestellt, die in 36 Fällen Erfolg hatten. Sie waren rezidiv-frei, wenn man von einem Fall, bei dem schon bei der Operation eine Tuberkulose des Bauchfells festgestellt worden war, und wo sich an Stelle des ursprünglichen indirekten Bruches ein kleiner direkter gebildet hatte, absieht, erscheint es doch recht zweifelhaft, ob dieses Neuauftreten mit der Operationsmethode als solcher in Verbindung steht.

Es liegt des weiteren ein Material von 75 Fällen vor, die von Prof. Härtel im Felde operiert wurden. Bei Feldhernien muß möglichst wieder volle Dienstfähigkeit erreicht werden. Dazu ist nach der Operation eine wenigstens 6 wöchentliche Nachbehandlung durch den Operateur notwendig, die in Gymnastik und Übungsmärschen zu bestehen hat, sonst pflegen oft wegen unkontrollierbarer Narbenbeschwerden endlose Lazarettreisen unternommen zu werden.